

DOSSIER D'INSCRIPTION
2026 / 2027

SCOLAIRE, PÉRISCOLAIRE
& EXTRASCOLAIRE

DÉMARCHE À RÉALISER
ENTRE LE 15 JANVIER ET LE 31 MARS 2026

Uniquement pour les enfants qui effectuent leur première inscription scolaire sur une école publique de la Communauté d'Agglomération Gaillac-Graulhet.

PIÈCES JUSTIFICATIVES
OBLIGATOIRES

- ✓ Livret de famille
- ✓ Justificatif de domicile de moins de 3 mois
- ✓ Assurance scolaire (responsabilité civile)
- ✓ Carnet de santé (pages relatives à la vaccination)

PIÈCES À FOURNIR SELON
VOTRE SITUATION

- ✓ Attestation CAF / MSA (indiquant le quotient familial) OU autre justificatif de revenus (avis d'imposition, etc.)
- ✓ Jugement de divorce ou attestation sur l'honneur + calendrier de garde alternée
- ✓ PAI - Protocole d'Accueil individualisé
- ✓ Certificat de contre-indication à une vaccination
- ✓ RIB
- ✓ Notification MDPH et/ou Justificatif allocation AEEH



POUR TOUTE QUESTION,
CONTACTEZ
VOTRE ANTENNE
ADMINISTRATIVE DE SECTEUR

ANTENNE DE RABASTENS

05 63 33 64 27

education-rabastens@gaillac-graulhet.fr

ANTENNE DE GAILLAC

05 63 81 20 27

education-gaillac@gaillac-graulhet.fr

ANTENNE DE GRAULHET

05 31 76 03 86

education-graulhet@gaillac-graulhet.fr

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT L'ENFANT À INSCRIRE

NOM et Prénom :
Né(e) le : / /
Lieu de naissance :
Sexe : Fille Garçon

Adresse postale :
Compagnie d'assurance :
Numéro de police d'assurance :
École et classe en 2025/2026 :

Je fais mes réservations en ligne ET / OU **Je réserve mes activités pour l'année (cochez les cases) :**

	ALAE matin	Cantine + ALAE midi	ALAE soir	TAP	Garderie du merc. midi	Mercredi AM
Lundi						
Mardi						
Mercredi						
Jeudi						
Vendredi						

⚠️ Les réservations à l'année seront réalisées et vous serez facturé sur cette base. Vous aurez la possibilité de les modifier dans les délais réglementaires.

FRÈRES ET SŒURS SCOLARISÉ(E)S

	Enfant 1	Enfant 2	Enfant 3	Enfant 4	Enfant 5
Prénom et Nom					
Date de naissance					
École fréquentée					

RESPONSABLES LÉGAUX DE L'ENFANT

Responsable 1

NOM et prénom :
Date et lieu de naissance :
tél du domicile et/ou portable :
Adresse mail :
Adresse postale :
 (si différente de l'enfant)
Lieu de travail :
Tél professionnel (facultatif) :

Autorité parentale oui non

Situation familiale¹ :

¹Célibataire – Marié(e) – Veuf(ve) – Séparé(e)
 – Concubin(e) – Pacsé(e) – Divorcé(e)

Garde alternée² : oui non

² joindre la copie du jugement ou attestation
 sur l'honneur signée des 2 responsables

Responsable 2

NOM et prénom :
Date et lieu de naissance :
tél du domicile et/ou portable :
Adresse mail :
Adresse postale :
 (si différente de l'enfant)
Lieu de travail :
Tél professionnel (facultatif) :

Autorité parentale oui non

Situation familiale¹ :

¹Célibataire – Marié(e) – Veuf(ve) – Séparé(e)
 – Concubin(e) – Pacsé(e) – Divorcé(e)

Garde alternée² : oui non

² joindre la copie du jugement ou attestation
 sur l'honneur signée des 2 responsables

FACTURATION

Factures à adresser à (cocher une seule case) :

- Responsable 1
- Responsable 2
- Autre :

Numéro allocataire CAF :

OU numéro allocataire MSA :

Quotient familial :

AUTORISATION

Personnes autorisées hormis les responsables légaux

⚠ Afin de garantir toutes les conditions de sécurité pour votre enfant, nous vous invitons à désigner principalement des personnes majeures.

Nom Prénom	Lien avec l'enfant	Téléphone	Autorisation
			<input type="checkbox"/> Autorisée à récupérer l'enfant <input type="checkbox"/> A contacter en cas d'urgence <input type="checkbox"/> Autre :
			<input type="checkbox"/> Autorisée à récupérer l'enfant <input type="checkbox"/> A contacter en cas d'urgence <input type="checkbox"/> Autre :
			<input type="checkbox"/> Autorisée à récupérer l'enfant <input type="checkbox"/> A contacter en cas d'urgence <input type="checkbox"/> Autre :

Autorisation de sortie (uniquement pour les enfants âgés de 6 ans ou plus)

J'autorise mon enfant à quitter seul la structure périscolaire ou extrascolaire (accueil de loisirs) en fin de journée / demi-journée. J'ai compris que, dès sa sortie des locaux, l'équipe d'animation est déchargée de toute responsabilité envers mon enfant.

Droit à l'image (cocher pour accord)

J'autorise l'équipe périscolaire et/ou extrascolaire à réaliser les prises de vue et la diffusion interne de photos et vidéos de mon enfant (fête de l'accueil de loisirs, etc.)
 autorise l'équipe périscolaire et/ou extrascolaire à réaliser les prises de vue et leur diffusion externe (presse, site internet et réseaux sociaux de la communauté d'agglomération, etc.)

Situation d'urgence

J'autorise l'équipe d'animation à prendre, le cas échéant, toute mesure (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendue nécessaire par l'état de mon enfant

Conformément aux articles L1111-4 et R4127-42 du Code de la santé publique, « Dans le cas où le refus de traitement par la personne titulaire de l'autorité parentale ou par le tuteur si le patient est un mineur, risque d'entraîner des conséquences graves pour la santé du mineur, le médecin délivre les soins indispensables. »

La signature du présent dossier vaut adhésion au règlement intérieur de service.

Le signataire certifie exacts et complets les renseignements portés sur ce dossier et s'engage à les actualiser chaque fois que nécessaire. En cas d'information absente ou erronée, la responsabilité de la collectivité ne pourra être engagée.

Fait à

Le / /

Signature responsable 1

Signature responsable 2

Signature autre

RGPD - RÈGLEMENT GÉNÉRAL DE PROTECTION DES DONNÉES

Les informations recueillies dans ce formulaire sont enregistrées dans un fichier informatisé par la Communauté d'Agglomération Gaillac-Graulhet. La base légale du traitement est l'obligation légale. Les données collectées seront communiquées aux seuls destinataires suivants : commune de résidence, Education nationale, CAF (statistiques). Elles sont conservées pendant 10 ans. Vous pouvez accéder aux données vous concernant, les rectifier, demander leur effacement ou exercer votre droit à la limitation du traitement de vos données. Consultez le site cnil.fr pour plus d'informations sur vos droits. Pour exercer ces droits ou pour toute question sur le traitement de vos données dans ce dispositif, vous pouvez contacter le délégué à la protection des données personnelles de la Communauté d'Agglomération Gaillac-Graulhet : dpo@gailiac-graulhet.fr. Le cas échéant, vous pouvez adresser une réclamation à la CNIL.

FICHE SANITAIRE ENFANT

NOM et Prénom : Né(e) le : / / Lieu de naissance : Sexe : <input type="checkbox"/> Fille <input type="checkbox"/> Garçon	Nom du médecin traitant : Téléphone du médecin traitant :
Régime alimentaire : <input type="checkbox"/> classique <input type="checkbox"/> sans viande <input type="checkbox"/> PAI ³	
Votre enfant possède-t-il un Protocole d'Accueil Individualisé (PAI) ? <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> en cours de réalisation	

³Allergie, intolérance, pathologie relative à l'alimentation. En cas d'allergie alimentaire ou autre problème médical lié à l'alimentation, un PAI - Projet d'Accueil Individualisé pourra être mis en place conjointement avec la famille, le médecin scolaire et le référent Agglomération. Dans ce cas, les repas fournis par la famille seront stockés dans un réfrigérateur chaque matin et réchauffés dans un four à micro-ondes spécialement prévu à cet effet.

VACCINS

Votre enfant doit être vacciné pour pouvoir être admis à l'école et en accueil de loisirs, sauf contre-indication médicale.
Dans ce cas, merci de nous fournir le certificat pour le vaccin concerné.

Vaccins obligatoires	Date du dernier rappel	Votre enfant a-t-il déjà eu les maladies suivantes ?
Diphthérie, tétonas, coqueluche et poliomyélite (DTP), Hépatite B, Infections invasives à Haemophilus influenzae		<input type="checkbox"/> Rubéole <input type="checkbox"/> Coqueluche
Infections invasives à pneumocoque		<input type="checkbox"/> Varicelle <input type="checkbox"/> Otite
Méningocoque de sérogroupe C		<input type="checkbox"/> Angine <input type="checkbox"/> Rougeole
Rougeole, oreillons et rubéole		<input type="checkbox"/> Scarlatine <input type="checkbox"/> Oreillons

ALLERGIES – MALADIES – AUTRES

Votre enfant est-il concerné par les situations suivantes ?

<input type="checkbox"/> Allergie alimentaire	<input type="checkbox"/> Port de lentilles de contact
<input type="checkbox"/> Allergie médicamenteuse	<input type="checkbox"/> Port de lunettes de vue
<input type="checkbox"/> Autre allergie	<input type="checkbox"/> Port d'un appareil dentaire
<input type="checkbox"/> Asthme	<input type="checkbox"/> Aérateur transtympanique, yoyo, diabolo
	<input type="checkbox"/> Port de prothèses auditives

Précisez la cause de l'allergie et la conduite à tenir :

HANDICAP

Votre enfant est en situation de handicap (si oui, fournir le document) :

Notification MDPH
 Justificatif d'allocation AEEH

Autres recommandations utiles :

SITUATION D'URGENCE

J'autorise l'équipe d'animation à prendre, le cas échéant, toute mesure (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de mon enfant

Conformément aux articles L1111-4 et R4127-42 du Code de la santé publique, « Dans le cas où le refus de traitement par la personne titulaire de l'autorité parentale ou par le tuteur si le patient est un mineur, risque d'entraîner des conséquences graves pour la santé du mineur, le médecin délivre les soins indispensables. »

Fait à

Le / /

Signature responsable 1	Signature responsable 2	Signature autre
-------------------------	-------------------------	-----------------